

# 介護保険制度のケアモデルと認知症 高齢者グループホーム実践の展開

矢 澤 澄 子

## 1 ケアの危機と「介護の社会化」

戦後 60 余年を経て、少子高齢化が進む日本の家族はますます「小さな世帯」化の傾向を強めている。2006 年には単独世帯数が 1,471 万世帯と、夫婦子ども世帯の 1,455 万世帯を抜き最多となった。2007 年の高齢化率は 21.5%、2015 年時点ではほぼ 4 人に 1 人が高齢者となる見込みである。65 歳以上の高齢者のいる世帯（全世帯の 39.4%）の内訳をみると、「単独世帯」は 22.0%（407 万世帯）で「夫婦のみ世帯」（29.2%）につぐ比率を占める（『平成 19 年版高齢社会白書』）。世帯の「単独化」「高齢化」が進み、同居、近隣居などでの家族による「老親介護」の機能は低下し、介護心中や介護殺人も後を絶たない。また、高齢者虐待防止法施行後初めての全国調査によると、2006 年度は家庭内で 1 万 2,575 件、施設内で 53 件の虐待が報告された。被害者の 77%は女性で、半数が 80 歳以上で、家庭で虐待を受けた高齢者の 7 割は要介護認定を受けており、4 割に認知症の症状があったという（朝日新聞 2007.9.22、厚生労働省調べ）。

高齢者の要介護者数も急速に増加している。介護保険制度における要介護者（要支援者を含む）は、2006 年度末では約 440 万人と 65 歳以上の 17% 強を占め、うち 75 歳以上が約 8 割となっている。65 歳以上の介護保険サービス受給者の男女比をみると男性が 27.8%、女性が 72.2%である（2006 年 4 月審査分）。一方、要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、7 割弱が同居している者で（妻が 16.5%、息子の妻が 19.9%、娘が 11.2%、男性は、夫 8.2%、息子 7.6%など 16.6%）、家庭での主な介護者全体のうち 75%

が女性である（2004 年「国民生活基礎調査」）。また、介護者の半数以上は 60 歳以上と、家族内でのジェンダー化された「老老介護」が進んでいる（『平成 19 年度版高齢社会白書』）。超高齢社会の日本では、「家族頼み、女頼み」で私事化されてきた在宅介護（「ケアの私事化」）が限界に達し、ケア（介護）の危機は、さまざまな局面で深く進行している（矢澤 2006: 141-145, 153-156）。

少子高齢化と「ケアの危機」が進行するなか、いわゆる社会福祉基礎構造改革により、日本の高齢者介護サービスは、2000 年を起点として、措置制度から介護保険制度（自由契約制度）へとパラダイム転換を行った。本論文は、高齢者介護サービスが措置制度から介護保険制度へと転換した日本において、「介護の社会化」（ケアの社会化）、つまり社会的介護（ソーシャル・ケア）の要を担う介護保険制度の理念、目標像がどのように明確化されてきたのかについて検討する。特に介護保険制度の理念・目標像の中身とその構築に大きな影響を与えてきた、認知症高齢者グループホーム実践（認知症対応型共同生活介護、以下では、文脈上で「宅老所・グループホーム」「グループ・ホーム」と略称することがある）の展開過程との関連に注目して、考察を進める。

そのためにまず、介護保険制度における認知症高齢者グループホームの位置を明らかにする。その上で、増大する介護サービス供給へのニーズの高まりを背景に、2000 年 4 月から実施されている介護保険制度における「社会的介護」の日本的特徴、理念、目標像（将来像）の中身について概観する。そして、自宅でも、病院、施設でもない、新たな共同生活介護サービスと「住まい」の選択肢として、また介護保険制度下で 21 世紀の高齢者介護の「ケアモデル」として発展してきた宅老所・グループホーム実践の展開過程と、それらの国による受容・制度化の過程をみていく。さらに、制度の運用と改変の過程で顕在化してきた理念・目標像と運用・実践の間の矛盾や、2005 年法改正以降に深刻化している制度運用の現実と、理念・目標像、利用者の選択権や現場ケアワーカーの労働実態との間に広がる乖離の中身についても検

証する。

このように本論文では、日本の介護保険制度の形成・改変過程を見据え、制度の理念・目標像、介護保険政策の展開（制度運用の現実）、介護現場の実態（主に認知症高齢者グループホーム現場の実態）の三者を相互に関連づけながら、制度の成熟と介護者・被介護者双方の「尊厳ある生」を守る介護実践の実現にむけて、いま日本の「社会的介護」の何が問われているかを明確にしていく。「介護の社会化」や介護保険制度をめぐる政策上・研究上の議論にはさまざまな次元がある。家族社会学者の藤崎宏子は、「研究者の議論では、「介護の社会化」はすでに達成された目標などではとうていなく、一様に今後の大きな課題としてとらえられている」とし、「「介護の社会化」を推進するうえでの障壁は、社会の側だけでなく家族の内にもある」と指摘する（藤崎 2006: 43）。本論文では、介護保険制度そのものに照準し、その理念、目標像の形成と介護実践、介護保険政策の展開、介護現場の労働実態（グループホーム等における）との関連をとらえ、要介護者、家族とケアワーカーにとって「よいケア」を実現するにはどうすればよいのかについても考えていく（中村 2008: 55-62）。それらを通して「介護の社会化」とソーシャル・ケアのあり方をめぐる議論にひとつの問題提起を試みたい。

## 2 介護保険制度と認知症高齢者グループホーム

ここではまず、介護保険制度における認知症高齢者グループホームの位置を明らかにしておこう。認知症高齢者グループホームとは、認知症の人が、小規模な生活の場で少人数（5-9 人）の共同居住形態で、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフが利用者とともに共同で行い、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活することにより、認知症の進行を穏やかにし、家族による介護負担の軽減に寄与するケアの場である（「全国認知症グループホーム協会」H.P. 等より）。介護保険制度認定を受けたグループホーム数は、2008 年 1 月末現在で 9,447 事業所となり、在所者も 11 万人を超えた。2000 年 4 月の制度発足当初は 675 事業所であったが、その後急増し、制度開始後 7 年間で、

事業所数は 13.5 倍、年平均増加率は 50%以上という急増ぶりで、介護保険法で指定された介護サービス事業所数の 1 割強を占めるようになった（WAMNET 掲載指定事業者リストによる）。

1 事業所の平均利用者数は 13.4 人で、利用者 19 人以下の事業所が 91.3% を占める。利用者の 82.9%は要介護 1、2、3 の「比較的安定した状態にある認知症の要介護者」とされるが、要介護 4（13.3%）、5（3.6%）の高齢者も 16.9%と利用者の重度化がみられる（2005 年 9 月現在、厚生労働省平成 18 年介護サービス施設・事業所結果速報）。

この事業は、当初より家賃、食材費、水道光熱費などいわゆる「ホテル・コスト」が利用者負担で（全国平均で 11 万円、9 万円から 21 万円程度の幅がある）、介護業界では営利性の面で数少ない魅力的事業分野といわれた。そこでこの間、自由契約による「介護サービス市場の形成」（福祉の市場化と多元化）を促す介護保険制度への期待から、多様な運営主体によるグループホーム事業所が開設されてきた。開設主体の法人格をみると、2001 年 10 月時点では社会福祉法人が全体の 36.7%と最多であったが、その後は営利法人（株式会社、有限会社）の参入が相次ぎ、2005 年には 50.5%となった。社会福祉法人は 23.2%、医療法人は 19.4%で、NPO 法人は 5.8%である（厚生労働省平成 17 年介護サービス施設・事業所調査結果概況）。利用者・家族の所得階層がこのホテル・コストの負担に対応可能な社会階層に限定されるため低所得層の利用は困難とされ（生活保護受給者を除き）、公的介護保険サービスの提供施設としては限界もある。しかし、日本の介護保険制度の成り立ちに目を向けると、この制度の理念・目標像の構築過程で、1980 年代以降、各地の草の根レベルで展開してきた宅老所・グループホーム実践が果たした役割の大きさに気づかされる（後述）。介護保険制度の日本の特徴や今後の制度展開の方向を見極める上で、宅老所・グループホーム実践の展開過程と制度の関連に注目する意義がそこにある。

一方、福祉多元主義の時代を迎え、「準市場（擬似市場）」といわれる介護保険のサービス供給体制の下で、グループホーム事業体に顕著にみられる介

護事業運営主体の多元化や市場化の動向も注目される。これらについては、運営主体別の分析を深めて、介護現場でのケアサービスのあり方にもたらす効果や問題点を明らかにする必要がある（ケアワーク研究会編 2007）。またこれら運営主体の多元化・市場化（福祉ミックス）が、有償・無償の在宅介護、家族介護、ひいては「保守主義的」「家族主義的」といわれてきた日本の福祉国家体制や今後の福祉社会づくりに与える影響についても、社会的介護の中核的役割を担う介護保険制度の成熟段階に沿った丁寧な検証が求められている（藤村 2006、平岡 2006: 144-145、平岡 2008）。

筆者の参加するケアワーク研究会では、2006 年に全国グループホームの労働実態調査を実施した<sup>注1)</sup>。その結果からは、「低賃金」「職員数不足」「不安定・長時間労働」「休憩時間なし」「休憩場所なし」など、予想以上に厳しい就労環境で「逃げ場のない」ストレスをかかえて働く、ケアワーカーの介護労働、感情労働の実態が明らかになった。このような現場からの声を聴くと（調査票「自由回答」内容等から）、ケアワーカー一人ひとりの無償の「やり甲斐」や「頑張り」に頼る日本の社会的介護（介護保険制度とその運用）の問題点がみえてくる。

グループホームは、「家庭的な環境」を備えた要介護高齢者の居場所、「もうひとつの家」である。認知症高齢者にとって、グループホームは、大規模施設や在宅ケアの厳しい介護環境では期待できない、人間らしい生活と生を育む新たな「親密圏」として評価されてきた。一方でグループホームは、女性中心にジェンダー化された「ケアの場」である。そこでの「ケアリング」過程に生ずる諸問題（感情労働によるストレス等）への適切な対処がなされるためには、ジェンダー中立的教育訓練の保障（ケア行為をめぐるジェンダー化された相互関係、感情労働の適切なコントロール技法の習得等）も課題となろう（春日 2003、矢澤 2006、吉村 2007）。

介護保険の制度設計のねらいのひとつは、増大する要介護高齢者への介護度により格付けされたケアサービスの経済的に効率的な供給であった。そこには家族介護者（ケアする家族）やケアワーカー（介護労働者）の「尊厳」

介護保険法附則第2条に基づき、制度の持続可能性の確保、明るく活力ある超高齢社会の構築、社会保障の総合化を基本的視点として、制度全般について見直しを行う。

## I 改正の概要

### 1 予防重視型システムへの転換

#### (1) 新予防給付の創設

要介護状態等の軽減、悪化防止に効果的な、軽度者を対象とする新たな予防給付を創設  
介護予防マネジメントは「地域包括支援センター」等が実施

#### (2) 地域支援事業の創設

要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防事業を、介護保険制度に新たに位置付け

- ・軽度者(要支援、要介護1)の大幅な増加
- ・軽度者に対するサービスが、状態の改善につながっていない

### 2 施設給付の見直し

#### (1) 居住費・食費の見直し

介護保険3施設(ショートステイを含む)等の居住費・食費について、保険給付の対象外に。

#### (2) 低所得者に対する配慮

低所得者の施設利用が困難にならないよう、負担軽減を図る観点から新たな補足的給付を創設

- ・在宅と施設の利用者負担の公平性
- ・介護保険と年金給付の重複の是正

### 3 新たなサービス体系の確立

#### (1) 地域密着型サービスの創設

身近な地域で、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう、「地域密着型サービス」を創設

(例) 小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム、認知症高齢者専用デイサービス、夜間対応型訪問介護等

#### (2) 地域包括支援センターの創設

地域における i) 介護予防マネジメント、ii) 総合的な相談窓口機能、iii) 権利擁護、iv) 包括的・継続的マネジメントの支援を担う「地域包括支援センター」を創設

#### (3) 居住系サービスの充実

- ・ケア付き居住施設の充実
- ・有料老人ホームの見直し

- ・一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加
- ・在宅支援の強化
- ・高齢者虐待への対応
- ・医療と介護との連携

### 7 その他

#### (1) 「痴呆」の名称を「認知症」へ変更

#### (2) 養護老人ホーム、在宅介護支援センターに係る規定の見直し

#### (3) 社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し

介護保険適用施設等への公的助成の見直し、給付水準等の見直し

## II 施行期日 平成18年4月1日

- 〔7(1)の「痴呆」の名称の見直しについては公布日施行、2の「施設給付の見直し」については平成17年10月施行、5(1)②の特別徴収対象者の把握時期の複数回化については平成18年10月施行〕

## 図1 介護保険法等の一部を改正する法律（概要）

出所：内閣府『平成19年版高齢社会白書』2007年ぎょうせい112-113頁より作成：4、5、6は省略

ある人間らしい働き方（ディーセント・ワーク）への配慮やケアワーカーの労働権を保障するための労働環境づくりへの視点は見出せない。現場の実態と乖離した制度への政策的期待と、「ケアの質」の確保が追いつかない制度設計・制度のあり方をどう改善すべきか。制度発足後介護報酬（公定価格）の引き下げが繰り返され、経営努力も限界に達しているといわれるなか、制度成熟への阻害要因の総合的解明が求められている。

そうしたなか、2006 年 4 月から実施された改正介護保険制度（2005 年介護保険法改正）の下で、グループホームの制度的位置づけにも大きな変化がみられる。同改正でグループホームは、一人暮らし高齢者、特に 75 歳以上の高齢者や認知症高齢者の増加に伴う「地域密着型サービスの創設」により、その地域拠点のひとつに位置づけられた。制度改正により新たなサービス体系に位置づけられた「認知症高齢者グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」は、今後どのようなになるのか。「地域福祉の主流化」の動向を視野にいれ、認知症高齢者グループホームを、地域での小規模多機能ケアの拠点のひとつとしてどのように展開していくかは、近年の介護事業者、管理者や地方自治体行政上での重要な実践的、政策的課題となっている（図 1 および『宅老所・小規模多機能ケア白書 2008』参照）。このように本論文で取り上げる議論の次元においても、日本の社会的介護の成熟にむけて問われるべき課題は多い（矢澤 2006: 161-166、佐橋 2006）。

### 3 介護保険制度における社会的介護の日本的特徴

高齢化が急速に進んだ 1980 年代、日本では高齢者の介護問題が深刻化し「社会的入院」の長期化などによる医療費の増大もあり、介護問題の解決は、国の財政面からも政策的対応を迫られる課題となった。そして 1990 年代前後から、「呆け老人をかかえる家族の会」（1980 年結成）など介護の当事者たち（家族とりわけ女性たち）の粘り強い運動による政府や国会、マスメディアへの働きかけもあり、高齢者の介護を社会的サービスによって支えようという「介護の社会化」への理解がひろがった。こうして 90 年代半ば頃から制

○支援の順序（補完性原理）

自 助	互 助	共 助	公 助
-----	-----	-----	-----

○支援の主体

本 人 勤労所得 資産	家族・近隣 インフォーマルな支援	自治組織 コミュニティによるシ ステム化された支援— 教会・地域共同体・職 域共同体	行 政 国 地方自治体
-------------------	---------------------	--	-------------------

○ドイツモデル

本 人	家族・近隣	社会保険	社会扶助
-----	-------	------	------

○アメリカモデル

本 人	家族・近隣	NPO 老人医療＝メディケア	メディケイド
-----	-------	-------------------	--------

○北欧モデル

本 人	家族・近隣	コミュニン 住民税によるサービス	社会扶助
-----	-------	---------------------	------

○所得保障モデル（日本）

勤 労	家族・血縁	雇用保険 障害・遺族年金 老齢年金	生活保護
-----	-------	-------------------------	------

○医療保障モデル（日本）

健康管理	家族	医療保険	医療扶助
------	----	------	------

○高齢者介護（旧制度）

家族介護		ボランティア	社会的入院		措置制度
------	--	--------	-------	--	------

○介護保険（日本）

本人 (所得・資産)	家族 近隣 ボランティア	介護保険 (市町村)	社会福祉
---------------	--------------------	---------------	------

池田省三 作成

図 2 高齢者介護と補完性原則

出所：池田省三「介護保険の思想とシステム」大森 彌編著『高齢者介護と自立支援—介護保険のめざすもの』2001 年，ミネルヴァ書房，125 頁より



度実現への機運が熟し、新たな介護システム（介護保険制度）構築への政策づくりが進んだ。そして、介護保険制度創設の起点ともいわれる 94 年の『21 世紀福祉ビジョン』において「家族変動による介護ニーズの増大」が明記されたのを受け、95 年老人保健福祉審議会で制度改革の具体案が答申され、97 年の介護保険法成立、2000 年の社会福祉法施行を経て、日本初の公的介護保険制度が発足した（2000 年 4 月）。

介護保険の基本的考え方は、「措置制度から介護保険制度への転換」（池田 2001: 115）と「個別家族を超えた地域をベースとした介護モデルへの移行」（笹谷 2007: 15）である。池田省三は、措置制度から介護保険制度への転換を、「高齢者介護に関する画期的な思想的転換」と評価し、次のような三つの転換としてこれを整理している。それらは、①選別主義から普遍主義への転換、②保護—依存関係から自己決定—社会的支援（自立支援）への転換、③公助から共助への転換、である。そして新しいシステム構築の課題として次の 3 点を挙げる。それらは、（ア）介護サービス市場の形成、（イ）介護サービスシステムの標準化、（ウ）市町村を運営主体とした地域ケアシステムの構築、である（池田 2001: 115-143）。

高齢者ケアをめぐる思想的転換①②③の考え方は、21 世紀の福祉国家・福祉社会づくりにおける福祉多元主義的サービス供給原則の基本的動向とも一致した転換といえるが、その日本的展開の中身については慎重な検証が必要であろう。池田は、介護保険制度に体现された日本の社会的介護（ソーシャル・ケア）の特徴を示す「公助から共助へ」の考え方の中身について、高齢者介護の「補完性原理」（サブシディアリティ原則）の視点から、図 2 のような概念図を提示している（池田 2001: 125）。

ここで池田は、介護保険制度の導入を起爆剤とした「自助—互助—共助—公助」、4 者間の「ケア・チェーン」の新たな全国的展開を想定している。そして、補完性原理によるこれら 4 者間の介護サービス資源配分の「ベストミックス」を目指して、介護保険制度をその中核に位置づける。介護保険制度は、市町村をコーディネーターとする福祉制度の「連帯モデル」（税と社会

保険料を財源とする社会連帯方式等）の実現とされるが、池田はこの制度が「共助システム」の要の位置を占めることの意義について、次のように述べる。

「介護保険は、新たに共助システムを創造するのであって、措置制度に取って代わるものではない。介護保険により、家族は介護の負担を大幅に緩和され、本来の互助の立場に立ち帰ることができる。介護保険により、サービスは流通し始めるから、高齢者自身がより質の高い生活を送るために、自費で追加サービスを購入することも可能になる。つまり、自助と互助が、本来のかたちで甦るのである」（池田 2001: 126）。

池田が、それにより「自助と互助が、本来のかたちで甦る」と説明する「自由契約（自己責任）」と「地方自治体（保険者）の責任」を基本的考え方とした介護保険制度の日本的特徴は、制度設計の理念・基本的枠組みのなかに取り入れられたものである。そして、この特徴は制度化による新たな高齢者介護システム構築の3つの課題の実現過程で（介護サービス市場の形成、サービスシステムの標準化、地域ケアシステムの構築）具体的かたちを与えられ、2005年介護保険法改正によりさらに明確に法文化されることになった（図1参照、後に詳述）。

2000年の制度発足以来、制度設計の中身についてはさまざまな問題点が指摘されてきた。とりわけ2005年の法改定後は、増大する介護保険関係支出の抑制を目論む国の「公助」の後退（介護保険財政の半分を保険料、半分を税金でまかなう財源の担保にむけて）が顕在化し、制度発足当時の介護需要拡大にむけた政策は一転抑制に転じた。そのため要介護認定・介護サービス供給量判定の厳密化による事業者・利用者制限等の諸方策が進められている（「介護給付適正化計画」指針の提示等、金子他 2007、服部 2007）。また、準市場化されたサービス供給体制のもとで、低レベルの介護報酬設定とそのマイナス改定（2003, 2006）などにより、多元的サービス供給主体による介護サービス事業（介護ビジネス）の中長期的存続・発展や介護人材確保も危うくなり、制度設計の根幹に関わる構造的矛盾が露呈している。その結果、多

くの介護現場では、低賃金・長時間労働の更なる進行、高離職率、「24 時間サービス」のような負担の重いサービスを支える人材難・人材不足など、事業の経営者、ケアワーカー双方にとっての隘路や困難が増している（服部 2007、沢見 2007）。

公助の後退が進み、それが市場原理により補完され、共助システムの要に位置する介護保険制度が、実際の制度の展開過程で変質していくと、補完性原理によって連動的に影響を受けるナショナル/ローカル「ケア・チェーン」上の本人、家族、親族等による「自助」や「互助」に、直接的なしわ寄せが生じる。つまりそれらは、本人のサービス選択の自由の制限や利用者間・地域間格差、不平等、家族・近親者（特に女性）の介護負担（アンペイドワーク）の増大等として顕在化する。それにより「自助と互助」は、「甦る」べき「本来のかたち」を見失い、「共助システム」における「ケアモデル」自体も歪められていくことになる。この点に関わり、2000 年以降、超高齢化の進行を見越した高齢者介護の「ケアモデル（理念・目標像）」と制度の中長期的課題がどのように設定されてきたのか、その内容を改めて確認しておこう。

#### 4 「2015 年の高齢者介護」のケアモデル

介護保険制度発足後 3 年目の 2003 年 6 月、高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長の私的検討会、座長堀田力）は、『2015 年の高齢者介護—高齢者の介護を支えるケアの確立について』と題する報告書を取りまとめた（高齢者介護研究会 2003）。この研究会は、04 年度末を終期とする『ゴールドプラン 21』後の新プラン策定の方針性、介護保険制度の中長期課題、高齢者介護のあり方について検討するために設置された。

研究会では、団塊世代が 65 歳以上になりきる 2015 年までに実現すべき高齢者介護の基本理念を、「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」としている。この理念は、社会福祉の基本法である、社会福祉法（2000 年改正後）の基本理念「個人の尊厳の維持」を法的根拠とするものである。研究会では、サービス供給の現状における、在宅サービスの脆弱性、居住型サービスの伸び、

## 課題

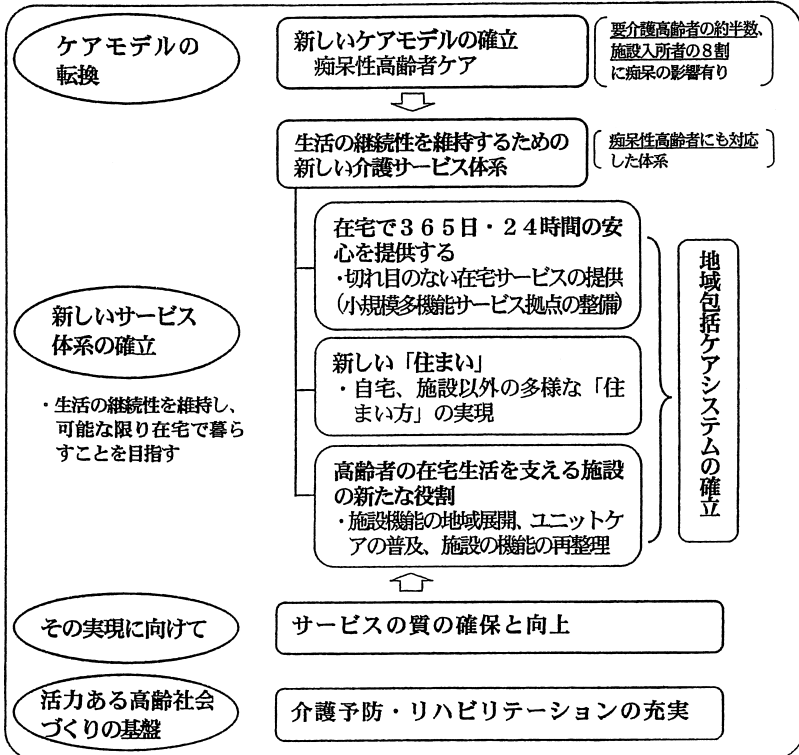
○介護保険施行後見えてきた課題

〔要介護認定者の増、在宅サービスの脆弱性、  
痴呆性高齢者の顕在化、新たなサービスの動き等〕

○制度の持続可能性の確保（課題解決の前提）

## 目標

### 高齢者の尊厳を支えるケアの確立



## 実施期間

早急に着手し、2015年までに着実に実施

（戦後のベビーブーム世代が高齢期に達する2015年までに実現）

図3 「2015年の高齢者介護」概念図

～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

出所：宅老所・グループホーム全国ネットワーク小規模多機能ホーム研究会他『宅老所・小規模多機能白書』2008年，筒井書房，238-239頁より（「高齢者介護研究会」2003年，報告書より再録）

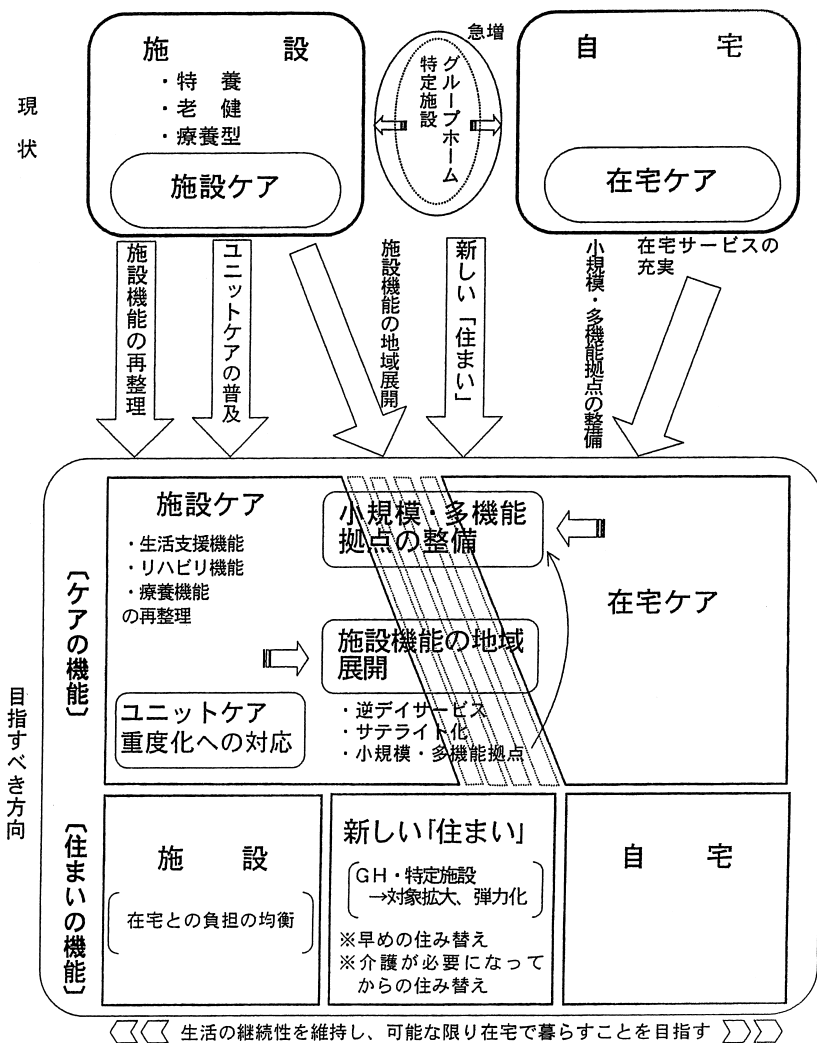


図4 「介護サービス体系の見直し」概念図

出所：図3に同じ。

施設サービスでの個別ケアへの取組の進展や、要介護者の約半数・施設入所者の8割に認知症の影響がみられるなどの実態をふまえ、問題状況を打開する上で前提となる基本理念として、この理念を確認している（なお同報告書の時点では「痴呆性高齢者」の用語を使用）。そしてこの理念の達成にむけ、次の4つの政策課題への取組み方策を提言している。それらは①ケアモデルの転換による新しいケアモデルの確立、②生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系の確立、③その実現に向けたサービスの質の確保と向上、④活力ある高齢社会づくりの基盤となる介護予防・リハビリテーションの充実である（図3、図4参照）。

報告書では、認知症高齢者を取り巻く状況について、「系統的・組織的なケアへの挑戦がようやく痴呆性高齢者グループホームという形で始まったばかり」であるとの認識を示している。そして、認知症高齢者ケアの基本的考え方については、「痴呆性高齢者こそ、その人の人格を尊重し、その人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない」としている。「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」という理念は、ケアの現場では、1980年代前後から全国各地で取り組まれてきた認知症高齢者の生活を支える在宅所・グループホーム実践の過程で生み出されたものである。「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」という報告書で示された基本的考え方は、そのような認知症高齢者に寄り添う柔軟なケアリング実践の成果が評価され、政策サイドからもそれらへの理解が深まってきた結果ともいえる（平野隆之ほか2005:37）。

報告書ではさらに、「痴呆性高齢者ケアに求められる、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追及することは、**すべての高齢者のケアに通じるもの**（太字は筆者による）」との理解を示している。また「痴呆性高齢者グループホーム」における「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を維持しながら、ひとりひとりの生活のあり方を支援していく」という「方法論」（つまり介護サービスの基本要件の充足）は「痴呆性グループホーム以外でも展開されるべき」も

のであるとの政策的期待が表明されている。

そして、認知症高齢者のケアの「普遍化」、つまり認知症高齢者に対応したケアを「標準として位置づける」新たな高齢者ケアモデルが提示されている。このようなケアモデルの「普遍化」を志向する政策的含意とは何か。それは、宅老所・グループホーム等で実践されてきた「ケアの機能」と「住まいの機能」の摺り合わせによる、認知症高齢者の小規模多機能サービスや共同生活介護の方法を、要介護高齢者支援サービス全般にも適用できる「方法論」（ケアモデル）として、広く制度内に取り入れようとするものであった（図4参照）。

介護保険制度がスタートした後、「在宅重視」という介護保険制度のねらいに反して、要介護者の在宅生活維持の困難による施設入所希望が急増し、介護保険財政における保険料負担や公費負担の増大等さまざまな問題が生じてきた。そこで研究会では、「持続可能な制度の確立」を目指す上で、また要介護高齢者が「生活の継続性を維持し、可能な限り在宅で暮らすことを目指して」、新たなケアモデルの実現を視野に、要介護高齢者の地域での「新しい住まい方」についても提案している。

この「新しい住まい方」は、住み慣れた地域で、在宅か施設かという二者択一ではなく、自宅で生活しながら施設での生活のように「365日・24時間安心」できる仕組みづくりや、施設で生活しながら個室、ユニットケア（グループホームの実践成果を施設ケアへ取り入れたもの）などの「個別的ケア」を受けられる仕組みづくりにもつながるとされた。ここにうかがえる政策判断とは、地域をベースに新たなケア拠点として「小規模多機能サービス拠点」（宅老所・グループホームの実践運動から生まれた用語で、同報告書で初めて行政用語として登場）を整備していくことが、高齢者介護の基本理念に基づき、今後の介護保険制度を地域に根付かせていく上で鍵を握る戦略となる、という考え方である（図3、図4参照）。

2005年法改正前の介護保険制度では、住居費や食費は入居者が負担し、介護費用部分を制度でカバーする「痴呆性高齢者グループホーム」と有料老

表 1 宅老所・グルー

	年	国・県の制度・事業
第Ⅰ期 先駆的な取り組み	1979	・老人デイサービス事業の制度化
	1980	
	1983	
	1984	・痴呆性老人処遇技術研修事業
	1985	
	1986	
	1987	
	1989	・栃木県高齢者デイホーム事業 ・ゴールドプラン策定
	1990	
	1991	・島根県高齢者介護ホーム事業
第Ⅱ期 連絡会の発足から全国ネット、介護保険導入へ	1992	・E型デイサービス制度化
	1993	
	1995	・E型デイサービス弾力化 ・(阪神・淡路大震災)
	1996	・既存施設活用型デイサービス
	1997	・グループホーム制度化(運営費) ・介護保険法成立
	1998	・グループホーム整備費補助 ・特定非営利活動促進法成立 ・富山県・富山市民間デイサービス育成事業を障害者に拡充
	1999	



プホームの発展段階年表

実践・ネットワーク・フォーラムの動き	調査・研究報告、出版物
・家族の会「託老所」(京都)	
・デイセンターみさと (群馬)	
・愛の郷・フランシスコの家 (福島)	
・紬の家サ・セカンド (青森), 元気な亀さん (埼玉)	・厚生省痴呆性老人対策推進本部設置
・稲毛ホワイエ (千葉), ことぶき園 (島根), わすれな草 (高知), 神戸福祉会「駒どりの家」(兵庫), 生活リハビリクラブ麻生 (神奈川)	
	・京都市社会福祉協議会・全国の託老所調査 (44 箇所)
・シルバービレッジ「函館あいの里」(北海道), 託老所よりあい (福岡), B・G みなみ (大阪)	・『痴呆性老人の支援対策と託老所』(京都市社協)
・ことぶき園 E 型取得 ・朝日カルチャーセンター・フォーラム開催	・『痴呆性老人の在宅老所実践』(京都市社協)
・のぞみホーム (栃木), ぬくもりの家 (滋賀), このゆびとーまれ (富山)	
・宅老所よりあい E 型取得 ・グループホーム型ケア付き仮設住宅 (兵庫)	・グループホームモデル事業開始 (痴呆性老人のグループホームのあり方について調査研究委員会設置)
・栃木県高齢者デイホーム連絡会発足 ・みやぎ宅老連絡会発足 ・グループホーム国際サミット開催 (岡山)	・痴呆性老人のためのグループホームの運営に関する調査研究事業 ・栃木県・デイホーム全国調査 (150 箇所) ・全国高齢者小規模多機能ホーム研究会 (代表: 池田昌弘)
	・『全国デイホーム・宅老所・グループホーム案内』(簡井書房)
・(アメニティーフォーラム) ・全国研究交流フォーラム 1998 (宮城) ・全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会発足	
・宅老所・グループホーム全国ネットワーク発足 ・全国研究交流フォーラム 1999 (宮城) ・ユニットケア全国セミナー (福島)	・グループホームサービス評価モデル事業

表 1

	年	国・県の制度・事業
第 III 期  介 護 保 険 導 入	2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度の導入</li> <li>・グループホームが痴呆対応型共同生活介護，E 型デイが痴呆専用型通所介護として制度化</li> <li>・社会福祉法制定</li> </ul>
	2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痴呆介護指導者養成研修開始</li> <li>・グループホーム自己サービス評価の義務づけ</li> </ul>
	2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全室個室・ユニットケア特養（新型特養）</li> <li>・グループホーム第三者サービス評価義務づけ</li> <li>・長野県「小規模多機能ケア施設（宅老所）支援事業」</li> </ul>
	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痴呆専用単独型デイ等に併設する宿泊部門の整備費補助（補正）</li> </ul>
	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サテライトケア特区認定</li> <li>・介護保険見直し案「地域密着型サービス」創設</li> <li>・(新潟中越地震)</li> </ul>

出所：宅老所・グループホーム全国ネットワーク，小規模多機能ホーム研究会編『宅老所・グ  
37 頁より作成。

人ホーム、ケアハウス等の特定施設のみが、要介護者の自宅、施設以外の多様な「住まい」の選択肢とされていた。この「ホテル・コスト」の利用者負担は、2005 年法改正ポイントの一つとなり、特別養護老人ホーム等の施設ケアにもこの考え方が取り入れられた（図 1 参照）。そして、これからは特定施設の範囲を広げ、多様な住宅（「住まい」）を「福祉サービス」の視点からとらえ直し、必要な「社会資本」として整備していくことが求められるとしている。

これまで宅老所・グループホームの実践は、「通い・泊まり・ヘルプの実践」「通い・泊まり・ヘルプ・居住の実践」「居住の実践」など、「その人の暮らしたい場所を考えることを基本に」多様な形で展開されてきた。そうした地域実践を望ましいケアモデルとして取り込み、これからは「小規模多機能

つづき

実践・ネットワーク・フォーラムの動き	調査・研究報告，出版物
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国ネットで開設・運営に関する相談事業</li> <li>・全国研究交流フォーラム 2000（宮城）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者痴呆介護研究・研修センター開設（仙台，東京，大府）</li> <li>・全国ネット小規模多機能ホーム研究実施</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国ネットで「宅老所・グループホームにおける痴呆介護研修」（8 箇所）</li> <li>・全国研究交流フォーラム 2001（熊本）</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・第 1 回気づきを築くユニットケア全国セミナー in 笠岡（岡山）</li> <li>・全国研究交流フォーラム 2002（兵庫）</li> <li>・地域サテライトケア全国セミナー（宮城）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚労省（医療経済研究機構）・小規模多機能ケア研究開始</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・第 4 回ユニットケア全国セミナー（千葉）参加者 3,000 人，7 県知事による提言がなされる</li> <li>・第 1 回共生ホーム全国セミナー in とやま</li> <li>・第 1 回逆デイサービス全国セミナー in ふくしま</li> <li>・第 1 回小規模多機能ホーム全国セミナー（熊本）</li> <li>・全国研究交流フォーラム 2003（栃木）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・6 月・高齢者介護研究会「2015 年の高齢者介護」報告書</li> <li>・厚労省（医療経済研究機構）・小規模多機能ホーム全国調査</li> <li>・CLC・地域共生ケア研究</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国研究交流フォーラム 2004（長野）</li> <li>・小規模多機能ケアのケアマネジメント基礎研修（全国 4 箇所）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小規模多機能ケア質の確保研究会（宅老所全国ネット）</li> <li>・厚労省痴呆対策推進室設置</li> <li>・CLC・地域共生ケア研究</li> </ul>

ループホーム白書 2005』全国コミュニティライフサポートセンター，筒井書房，2005 年，36～

サービス拠点」の制度化（2005 年の法改正で明確化、図 1 参照）により、グループホームが「ケアの機能」と「住まいの機能」をどのように組み合わせ、地域における新たな介護サービス拠点としての役割を果たしていくかが重要な課題とされたのである（『宅老所・グループホーム白書 2006』、『同 2007 年』、『同 2008 年』）。

## 5 認知症高齢者ケアの場としての宅老所・グループホームの展開

そこでここでは、「2015 年高齢者介護」の「ケアモデル」とされた、認知症高齢者ケアをめぐる宅老所・グループホームの実践過程（25 年間）についてみておく。介護保険制度における高齢者ケアモデルの原型は、どのように形づくられてきたのであろうか。

表1は平野・奥田が、1980年代から始まった宅老所・グループホーム実践の推移とネットワークづくりの流れを、国・県の制度・事業等と関連づけて整理した年表である（平野・奥田 2005a: 36-37）。平野らの整理をもとに、80年代の先駆的取組みを経て90年代以降急速に展開した宅老所・グループホーム実践の3つの発展段階の主な特徴を概観する。

1) 第1期—宅老所・グループホーム実践の先駆的開始（1979～1991年）

第1期は、宅老所・グループホーム実践の萌芽期である。身近なニーズに応えるかたちで「それぞれが独自に宅老所・グループホームを立ち上げている」。県の宅老所・グループホーム設置事業（静岡県、島根県の単独補助事業等）によるものや、「呆け老人をかかえる家族の会」など地域の当事者・住民組織によるホームの運営が特徴である。1991年の宅老所・グループホーム数は全国で50か所を超えた（平野ほか 2005a: 29-30）。

2) 第2期—小規模ケアの制度化と全国ネットの発足（1992～1999年）

この時期は、1992年に小規模ケアをデイサービスに取り入れた「認知症高齢者むけ毎日通所型（E型）」のホームが制度化され、それまで自主運営を行ってきた宅老所・グループホームの実践が制度に乗り始めた時期である。また全国規模のフォーラム開催等を契機に、各地での宅老所・グループホームの実践が全国に広まった。1995年、国の「グループホームモデル事業」により制度化への動きが本格化し、95年時点で宅老所・グループホームの数は、全国で246か所となった。

そして1997年の介護保険法、98年のNPO法（特定非営利活動促進法）の成立により、自主運営を中心にサービスを提供してきた宅老所・グループホームは大きな転換期を迎える。NPO法人・有限会社を含めて法人格を取得する動きが急増し、ホーム数は98年に600か所を超えた。「これまで2割程度だった居住サービスの実施が4割を超え、運営主体の多元化が進み、株式会社・有限会社が増加、医療法人・農協の参入も見られた」のが、この時期の特徴である。

1996年以降は、各地で増加した宅老所・グループホームが、都道府県単

位に連絡会等をつくりネットワークを組む動きも活発化する。99年には、介護保険制度発足に備えて「宅老所・グループホーム全国ネットワーク」が設立され、介護保険制度への要望活動も活発になる。

全国に広がったグループホームの実践はまた、大規模施設を経営する医療法人や社会福祉法人に「小規模ケア」（ユニットケア）への関心をもたせ、大規模施設の変革を促すきっかけともなった。ユニットケアはその後2002年に制度化され、地域分散サテライトケアとして、展開していく（平野・奥田2005a: 30-32）。

### 3) 第3期一介護保険制度導入から「小規模多機能ケア」の保険適用へ （2000～2004年）

介護保険制度の導入後、多くの宅老所では法人化が進み、通所指定を受けて運営基盤が安定していく。一方、グループホームは「認知（痴呆）症対応型共同生活介護」サービスの拠点として急増し、2000年3月の250か所から、2004年12月末には6000か所を超えた。そして認知症ケアの「切り札」として登場した宅老所・グループホームは、2000年以降介護保険制度の下で「標準化された」サービス（ケア）の質の確保を求められる。2001年度以降の開設からは、法制度上で管理者と計画作成担当者に認知症介護実務研修（基礎課程）の受講が義務づけられた。また、2002年度からは、他の介護保険サービスに先駆けて「第三者評価の導入」が義務づけられた。

介護保険事業に移行後も、各地で制度外の自主事業を継続してきた宅老所・グループホームは少なくない。「そうした実践が、通って、泊って、自宅に手伝いに来てくれて、必要があれば移り住める「小規模多機能ケア」として介護保険見直しの中で注目を集めることになる」。その結果「小規模多機能ケア」という用語が、高齢者介護研究会の2003年報告書において初めて政策用語として登場する。

さらに2004年には、介護保険の見直し論議が本格化するなかで、市町村が計画的に整備できる「地域密着型サービス」（新たな政策用語として登場）の必要性が提起された。そして2005年介護保険制度改正以降、「小規模多機

能ケア」は「地域密着型サービス」の一つに位置づけられることになったのである（平野ほか 2005a: 32-33、図 1 参照）。

以上 3 つの時期に分けて概観した、宅老所・グループホーム実践の展開過程と介護保険制度内での位置づけの明確化の動向からは、20 年余におよぶ宅老所・グループホーム実践の歩みが、介護保険制度における「要介護高齢者ケアモデル」の確立にむけて果たしてきた役割の大きさを知ることができる。各地での多様な実践の歩みはまた、認知症高齢者の「尊厳」ある生活を守ることに徹し、全人的ケアのあり方を求め続けた、現場のケアワーカーたちの「よいケア」実現への長い模索の道のりともとらえられる（加藤 2001、下村 2001）。

年表第 1 期の 1995 年に、認知症高齢者介護施設「宅老所よりあい」（福岡市のお寺の茶室から 91 年にスタート）を E 型施設として最初に制度に乗せた、同所の代表を務める下村恵美子は、「制度は後からついてくる」として次のように述べている。

「私たちは制度がこうだからこうしよう、と思ってやったことは一度もありません。やっているうちに、まず通所が始まって、それからお年寄りの中で必要のある方が泊られるようになってきました。さらに、その中から居座る人が出てきて、お部屋をつくらざるを得なくなり、六人、七人と入所の方が増えていきました。それが結果的にグループホームという制度につながっていったのです。制度が後から追いかけてきたという感じです」（下村 2001: 215-216）。

だが介護保険制度はその後、高齢者にそのような「尊厳」あるケアサービスを提供してきたのか。制度発足後の介護保険の実施状況について、下村は「『生活』を奪う介護保険」として、次のような厳しい批判の目をむけている。

「人の生活は一人ひとり違って当然です。…介護保険は、そのちがっていて当り前の人の生活を、保険という制度の対象とするため、平均化して、しかも介護動作を時間で測るというものです。「お年寄りの生活を、お年寄りたちと一緒に豊かにする」という仕事の内容は、「食事、排泄、入浴の後始末」

という狭い内容にひきもどされてしまっています。…「利用者が選べる」とか、「介護問題を社会化できる」などと、耳当たりのいい言葉を使って、あれよあれよという間に制度化された介護保険ですが、施設の数や在宅サービスの量が決定的に足りないままスタートしたため、逆に利用者が選ばれ、いままで受けているサービスさえも制限されることになったわけです」（下村 2001: 202-203）。

ここには、介護保険制度発足間もない当時の宅老所・グループホームにおいて、要介護高齢者とケアワーカーにもたらされた介護環境と制度化された「ケアリング」の変化に関わる問題点や、利用者側の選択困難の問題が指摘されている。長い実践の道のりを歩んできたケアワーカー当事者からの、介護保険制度の運用実態への的を射た率直なコメントをどのように受け止めるのか。介護保険制度の制定、改正、運用に関わる国、自治体や多くの関係者には、重い問いが突きつけられているのではないか。

## 6 国による認知症高齢者グループホームの制度化と制度の改変

国によるグループホームモデル事業は、表1の年表第2期「調査、研究報告等」に記されているように1995年に始まった。また95年には、「痴呆性老人のグループホームのあり方についての調査研究会」が設置され、同年度末にその報告書が発表された（旧厚生省）。同報告書においては、グループホームの基本となる「認知症の高齢者が自らの家で普通の生活を送ることができるような環境づくり」の有効性が確認され、これがその後のグループホームの制度上の位置づけにつながる「ケア」の具体的内容や条件となり、政策上も明確化された。それらは以下の点であったことを再度確認しておきたい（森宮 2005: 217-218）。認知症高齢者グループホームは、

- (1) 特別養護老人ホームのような大人数でなく、特定の利用者とスタッフが係わることで「なじみの人間関係」ができて、利用者の精神が安定する。
- (2) 小規模施設であり、人数も施設・設備も家庭的な環境が維持できるこ

とで、施設生活ほど家庭生活の生活様式を変化させる必要がなく、精神的な安定につながる。

- (3) 今までの生活の中で行ってきた家事などの生活上の「役割」を果たすことができることから、精神的な安定と充足感が感じられる。
- (4) 各人に応じた介護が可能になり、精神的な安定につながる。
- (5) 「なじみの小グループでの生活」ができるため、残った能力を引き出しながら、専門家のケアを受けることができるので、痴呆症状が和らぐ。
- (6) 小規模で地域社会にあるので、家族も訪問しやすい。

つまりそこでは、入居している高齢者は、「生活する主体」として、またスタッフは「生活のパートナー」としての意識を共有することが重要とされた。そのためにも、制度上の基本的考え方として、グループホームでは、「ゆったりとして自由な暮らし」「穏やかで安らぎのある暮らし」「自分でやれる喜びと達成感のある暮らし」「自分らしさや誇りを保った暮らし」などの実現できる、高齢者の「個としての尊厳」を基本に据えた「生活ケア」、それぞれの高齢者への「個別ケア」に配慮した「集合的ケア」が求められている（森宮 2005: 218）。

しかし、ここで見逃せないは、介護保険制度、とりわけその後の改正が、複雑な「制度の厳密な運用」や「規則の細分化」、「規制の強化」などによって、制度化の原点で求められていたようなグループホームでの「望ましいケア実践」にもたらしている負の影響である。

介護保険制度改定後間もない時期（2006 年 11 月）に実施された筆者らの「ケアワーク研究会」による全国調査<sup>注1)</sup>の自由回答にも、「制度と制度改正への疑問」が多数寄せられた（賃金・待遇面への疑問・不満の意見に次いで多い意見件数であった。「ケアワーク研究会」2007 年度研究会自由回答集計資料より）。

すでに述べてきたように、現在の介護保険制度の理念や目標像の根幹は、家族介護の困難への対応を経て、社会的介護のあり方が模索されるなかで、1980 年代から始まった宅老所・グループホーム実践等、地域での当事者・



住民や自治体等のネットワークによる「協働」的ケアの営みの長い道のりから生み出された。そして、介護保険発足に至るグループホーム制度化の過程をたどると、そこで培われた方法論は、1995年の報告書にあるように国によるグループホームモデル事業上もほぼ適切な形で理解されてきた。

さらに、これらを受けて2003年に発足した「高齢者介護研究会」での介護保険制度の将来像の展望では、「2015年のケアモデル」として、宅老所、グループホーム実践は「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を維持しながら、ひとりひとりの生活のあり方を支援していく」という、要介護高齢者の「生活の尊厳」(人権・人格)を守るためのケアの目標像としても担保された。

しかし、2005年の制度改定以降は特に、この理念に基づくケア実践の条件(方法論)が掘り崩されつつある。市民主体のケアサービス団体による地域調査等からは、制度改定の影響として、さまざまな問題点が指摘されている。①改定内容について利用者(家族)に十分な説明がなされていない、②利用制限によりサービス量が減少し家族などの負担が増した、③地域住民の支え合いも進んでいない、④介護報酬が引き下げられ事業の継続が厳しい、などである(神奈川ネットワーク運動参加型福祉政策・制度研究会2006年調べ、神奈川ネットワーク運動「NET」No. 263, 2007.9.15)。

要介護高齢者の「生活の尊厳」を守るというケア・モデルに導かれた日本の介護保険制度は、現在、制度確立への過渡期にある。そして制度の成熟には時間を要することも事実であろう。だが制度発足後の改正を経て、全国的「共助システム」の要を担うべき介護保険制度は、度重なる改訂を経てその目標像から乖離し、負の方向へと変質しつつあるのではないか。「介護保険の危機は、財源より以前に、国民の介護保険への信頼が失われることにあるのではないか」との厳しい問いかけがなされている(服部2007: 136-139)。介護保険制度による「介護の社会化」とはなんだったのかと、制度の根幹を問う声も上がり始めている(金子他2007: 124-126)。

## 7 地域密着型介護サービスと小規模多機能ケアの新展開

そこで本論のまとめとして、改正後のあらたなサービスに位置づけられ地域密着型サービスの新たな展開について現状の一端を検討し、今後の認知症高齢者グループホームのゆくえを展望しておく。2005年介護保険法改正により要介護度の区分認定が見直され、軽度の要介護者中心に「介護給付適正化」の名の下でサービスの削減が図られた（予防重視型システムへの転換、図1参照）。一方、重度の要介護者にも療養病床ベッド数の削減という大きな政策変更がなされた（38万床の療養病床ベッド数を、5年間で15万床まで削る政府方針が出されたが、その後ベッド数削減による深刻な影響が出始め、2008年5月、25万床程度の確保が必要として計画の見直しを打ち出した）。

これら介護サービスの縮小に伴う重点的対応策として、つまり法改正の目玉（新たなサービス体系）のひとつとして出されたのが「地域密着型サービスの創設」である（金子他 2007: 122-127）。図1にみたように、認知症高齢者グループホームは現在、創設された地域密着型サービスの一環に位置づけられ、「小規模多機能型居宅介護」等複数のサービス、つまり小規模多機能ケアの担い手として新たな政策的期待を寄せられている。

地域密着型サービス創設の趣旨と基本的考え方は次のとおりである。

「地域密着型サービス」とは、認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏内でサービスの利用及び提供が完結するサービスを新たに類型化し、市町村が事業者の指定及び指導・監督を行うことにしたものである（社保審一介護給付費分科会第28回資料 H17.9.12、『宅老所・グループホーム白書 2006』: 2005b: 202）。

地域密着型サービスは、中重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた自宅または地域で生活が継続できるようにするためのサービスを基本とする。そのため重要になるのは、医療との連携である。市町村が事業者としてコーディネーターとなり、必要なときに適切な医療サービスが利用できる体制を地域生活圏でどう構築していくかが課題となる。また医療資源のみな

らず、既存の地域福祉資源の活用等により、「人員や設備に関する規制緩和、地域の他のサービスとの連携等を推進し、できる限り高コスト、非効率なサービス提供にならないようにすることが重要である」とされる。さらに日常生活圏の設定については、①地理的条件、②人口、③交通事業その他社会的条件、④介護給付等対象サービスを提供するための施設整備状況等を総合的に勘案して、保険者ごとに定める、としている（「地域密着型サービス：基本的な視点」『宅老所・グループホームは白書 2006』2005b: 239, 249）。

本論でも検討してきたように、宅老所・グループホームの地域実践の中から構築された「地域密着型サービス」「小規模多機能ケア」の展開が認知症ケアに有効であることは、制度化の進展過程で立証されてきた。だが、課題もまた多い。小規模多機能ケア・サービスでは、介護報酬が「重介護に傾斜した定額制」で人件費に余分に回せるゆとりがない。またスタッフは、通所、訪問、泊りとそれぞれに異なる「高度の介護技術」を求められる。しかし、そこまで介護のスキルを身につけたスタッフが簡単に得られないことはすでにみた。さまざまな面で介護保険制度への信頼が揺らいでいるいま、多くの介護職の働き手（特に将来を期待される若者たち）が職業的スキルを積み上げる間もなく、低賃金、過重労働に耐えかねて離職していく実態がある（金子他 2007: 128）。ケアワーク研究会の 2006 年全国調査の「自由回答」のなかにも、次のように「地域密着型サービス」創設への疑問が表明されている。

「グループホームが地域密着型になり、よかったかどうか疑問に感じる時がある。家族にとってみれば、自分たちが希望する GH が他市町村の場合、あきらめて契約しなければならないことがある。」（自由回答 651、女性、67 歳、社会福祉法人正規職員）

「4 月より介護保険制度改正にともない地域密着になり、運営推進会議とかいろいろな行事が義務化になり、やることばかり増えたように思います。“質の向上”とは言いますが、大変です。」（自由回答 471、女性、48 歳、株式会社準社員）

「プライバシー、プライバシーと言うわりに、地域と交流しなさいとか、地

域に公開しなさいとか推進会議を開きなさいとか、グループホームをどうしたいんだろう、と思います。当ホームに会議室のようなものはないが、他のホームにはあるのでしょうか。入居者の居る所で役所の人や町内の人々、家族、おまわりさんや職員で話し合いをすれば落ち着いた時間などござえないと思うのですが。…(介護保険制度を)改正しながら、どんどんお年寄りを切り捨てていっている気がするのは私だけでしょうか。机の上だけで決められている制度のような気もしています。」(自由回答 502、女性、45 歳、医療法人正規職員)

グループホームで働く多くのケアワーカーは、労働時間、夜勤体制(2 人制を要望)、賃金、待遇、社会的評価、経営者や世間の無理解等に不満をもち、日々の労働過程でもさまざまなストレスや不安、ジレンマをかかえている。女性のケアワーカーを中心に運営されるグループホームというケアの場は、ジェンダー化された「両義的なケアの場」である(約 85%は女性、ケアワーク研究会全国調査より)。そこでの仕事は、ケアワーカーたちが入居者に寄り添い、親身のケアに努めればそれだけの満足感を得られる反面で、感情労働のコントロールを求められる仕事が多い。またケアワーカーが入居者たちとともにつくる「親密圏」としての「ケアの場」は、日々の高齢者や家族などとの親密な相互行為過程で各種のストレスやジレンマが内閉化されやすいジェンダー化された「擬似家庭的な」装置でもある(別稿で記述、春日 2003、矢澤 2006、吉村 2007)。

介護者のケアリング行為は、「ケアの場」を構成する多様な相互作用を通して、高齢者とその生活に大きな影響を与える。グループホームでの「ケアサービスの質」は、一人ひとりのケアワーカーが、その労働過程で高齢者に寄り添い、他のケアワーカーと協働で創り出す「親密圏」、つまり共同生活環境の中で実態化され、日々更新されていく。問題は、介護保険の下で制度化された「ケアの場」が、総合的にみてどれだけ入居者や家族、ケアワーカーにとって望ましい「ケアの質」やケア環境にかかわる社会的諸要件を満たしているかである。そのことこそが、政策的にも絶えず真剣に問われる必要

があろう。

グループホームというケアの場で働く多くのケアワーカーは、ケアの仕事の評価について「大切な仕事をしている」「今の仕事が好き」「今の仕事にやりがいを感じる」「今の仕事に誇りを感じる」としている。現場でのケアワーカーたちのそうした仕事への愛着や誇り（コミットメント）こそが、日々の過酷な介護労働の厳しさを乗り越える「バネ」となっている（ケアワーク研究会編 2007、阿部 2007）。介護労働の場が、制度の歪みゆえにケアワーカーたちの仕事への愛着や誇りを萎えさせるのであれば、超高齢化する日本での介護保険制度への国民の不信感と「ケアの危機」は、さらに深まっていくであらう。

グループホームの現場では困難な状況の中でも、「地域とのつながり」を大切に、「地域とともにつくっていけるグループホーム」を目指して「制度」を使いこなし、「制度」の境界（限界）を見極めつつ、「制度」を超える実践と模索も続けられている。「なじみの関係の尊重」「家族との関わりへの配慮」「一人ひとりの尊厳を支える個別ケアの実践」など、21 世紀の高齢者ケアモデルの実現を目指し、多くのケアワーカーは黙々と仕事をしている。これらの真摯なケア実践に答えるためにも、より質の高い制度設計と制度の運用が、それぞれの地域の実情に即して求められている。

本論で述べてきたように、認知症高齢者グループホームは、ジェンダー化された「擬似家庭的な」生活空間、「ケアの場」である。グループホームが、入居者たちを閉じられた空間（親密圏）に囲い込むことなく、小規模多機能ホームとしても地域の多様な主体との協働のネットワークをひろげ、地域に開かれた、よりジェンダー・バイアスに制約されない「親密圏/公共圏」の機能を高めていくことができれば、地域密着型サービス拠点のひとつとして、柔軟に発展していくことも可能になろう（矢澤 2006: 163-166）。

地域密着型サービス、小規模多機能ケアなど、改正により創設されたサービスやホームのあり方は、すでに「2015 年の高齢者介護」のケアモデルのなかに提示されていたものである。また、もっとも身近な地域の自治体である

市区町村が、池田が説く「サブシティアリティの原理」により、地域の高齢者保健福祉計画の中にこれら小規模施設を位置づけ、コーディネートしていく責任を課せられることも織り込み済みであった。だが、介護保険事業計画上での位置づけや財政上の困難等から、供給量のコントロール権限を与えられた市区町村の3分の1程度は小規模多機能サービスの導入を見送っているという（朝日新聞調査『朝日新聞』2006年6月23日）。各自治体（保険者）は、地方分権化の動向のなかで高まる市区町村の行政責任にどのように対応していくのか。現代の福祉制度が共有する「連帯と承認という2つの価値」（武川 2007: 48-54）に支えられた介護保険制度の成熟と「地域福祉の主流化」を現実のものとするためにも、適切な社会的介護の理念と目標像を見失わない地域の保健医療福祉サービスの連携体制づくり等、福祉ガバナンスの課題は山積している（武川 2006、平岡 2008: 140）。

いま多くのグループホームでは、本論で検討してきたような介護保険制度と制度改正の負の影響を受けて、利用者と制度規制の狭間でケアワーカーたちが苦悩し、他の介護施設と同様にホーム運営（経営）の瀬戸際で解決すべき複雑な困難に直面している。介護保険の「お年寄りをどんどん切り捨てる」「机の上だけで決められている制度」と、「介護実践の場」の現状との間にある大きな乖離は早急に埋める必要がある。そのために、国・地方自治体は、連帯と承認の制度形成への公的責任を明確にし、制度形成の過程で確認されてきた理念や目標像に立ち返り、現場の声に耳を傾け、制度の改善・改革にむけてどのような政策的対応をとりうるのか。日本の「ソーシャル・ケア」の中核を担う介護保険制度の成熟と「尊厳あるケア実践（ケアの仕事）」の実現にむけて、問われているのはそのことである。

（注記）本論文は、筆者が参加しているケアワーク研究会（文部省科学研究費による。メンバーは、松川誠一、久場嬉子、清水洋行、藤原千沙、吉村治正、藤島稔弘と筆者）での共同調査をもとに、現代地域社会研究会（研究代表者 似田貝香門東京大学名誉教授）で発表した報告論文（「介護保険制度のケアモデルと「家庭的な」ケアの場の陥穽—認知症高齢者グループホームの展開と介護労働の現状から—」2007年10月6日研究会、未発表論文）の一部を本テーマの下で再構成して、まとめた。なお、ケアワーク研究会での全国調査と地域調査に基づくケアワーカーの労働実態・労働

評価とグループホームの「家庭的な」ケアをめぐる問題点については、稿を改めてまとめる予定である。

## 注

- 1) ケアワーク研究会（文献リスト参照）では、2006 年 11 月に全国のグループホーム（640 事業所）で直接ケアに携わっている職員を対象に「グループホームで働く人の仕事とストレスに関する調査」と題する質問紙調査を行った（郵送法、WAM-NET に登録された 8,122 事業所から 650 事業所を無作為抽出し、各事業所あて 8 通の調査票を送付、回収。標本数 5,200 票、回答数 1,382 票、回収率 27.0%）。同調査では、事業所の法人種別等や職員の事業所評価、介護の仕事や組織へのコミットメント、職場でのストレス、バーンアウトの実態、感情労働の実態等の設問を設けた。研究会では本年度も調査分析を継続している。

## 引用文献

- 阿部真大 2007『働きすぎる若者たち―「自分探し」の果てに』日本放送出版協会
- 池田省三 2001「介護保険の思想とシステム」大森彌彌著『高齢者介護と自立支援―介護保険のめざすもの』ミネルヴァ書房、115-143
- (財)介護労働安定センター 2007『図でみる介護労働の実態―平成 18 年 9 月実施の介護労働実態調査結果から』介護労働安定センター
- 加藤 仁 2001『介護を創る人びと』中央法規
- 春日キスヨ 2003「高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働」『思想』11 月号、216-236
- 金子 勝・高端正幸・浜田裕造 2007「使えない介護保険 使わせない介護保険」『世界 10』岩波書店
- ケアワーク研究会編 2007『ケアの商品化・組織化とジェンダー・アイデンティティの変容に関する調査研究』平成 16-18 年度科学研究費補助金（課題番号 16310169）研究成果報告書（研究代表者 松川誠一，研究分担者 矢澤澄子，吉村治正，清水洋行，藤原千沙，研究協力者 久場嬉子）
- 高齢者介護研究会 2003『2015 年の高齢者介護―高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』厚生労働省
- 笹谷春美 2007「高齢者ケア政策の展開と家族介護（者）施策」ケアリング研究会編著『高齢者ケア政策の展開とケアリング関係の再編』（平成 18-20 年度科学研究費補助金基盤 B 研究代表者：笹谷春美），2-22
- 佐橋克彦 2006『福祉サービスの準市場化』ミネルヴァ書房
- 沢見涼子 2007「介護保険制度に「くすのきの郷」が起した「抵抗」」『世界 10』岩波書店
- 下村恵美子 2001『九八歳の妊娠―宅老所よりあい物語』雲母書房
- 武川正吾 2006『地域福祉の主流化』法律文化社
- 武川正吾 2007『連帯と承認―グローバル化と個人化のなかの福祉国家』東京大学出版会
- 宅老所・グループホーム全国ネットワーク・小規模多機能ホーム研究会編著 2005a『宅老所・グループホーム白書 2005』：同 2005b『宅老所・グループホーム白書 2006』：同 2006『宅老所・グループホーム白書 2007』：同他 2008『宅老所・小規

- 模多機能ケア白書 2008』筒井書房
- 中村義哉 2008 「『よいケア』とは何か―来るべき「ふつうのケア」の実現のために」  
上野千鶴子他編『ケア その思想と実践 2 ケアすること』岩波書店, 55-74
- 服部真理子 2007 「コムスン問題が明らかにした介護保険の危険」『世界 10』岩波書店
- 平岡公一 2006 「社会保険政策の展開と福祉国家体制の再編」藤村正之編『講座・社会  
変動 第9巻 福祉化と成熟社会』ミネルヴァ書房
- 平岡公一 2008 「ケアの市場化の可能性と限界」上野千鶴子他編『ケア その思想と実  
践 5 ケアを支えるしくみ』岩波書店, 125-142
- 平野隆之・奥田佑子 2005a 「宅老所・グループホームの発展段階」, 宅老所・グループ  
ホーム全国ネットワーク・小規模多機能ホーム研究会編著『宅老所・グループ  
ホーム白書 2005』筒井書房, 29-39
- 藤崎宏子 2006 「『介護の社会化』―その問題構成」『法律時報』Vol. 78, No. 11: 37-43
- 藤村正之 2006 『講座・社会変動 第9巻 福祉化と成熟社会』ミネルヴァ書房
- 松川誠一 2007 「調査の背景」「郵送調査の方法」「単純集計を中心とした調査結果」ケ  
アワーク研究会編『ケアの商品化・組織化とジェンダー・アイデンティティの変  
容に関する調査研究』, 1-32
- 嶺 学 2008 「認知症高齢者グループホームの展開と課題」嶺 学編著『高齢者の住ま  
いとケア―自立した生活, その支援と住環境』御茶の水書房, 255-269
- 森宮勝子 2005 『高齢社会の介護ビジネス』千倉書房
- 矢澤澄子 2006 「都市の親密圏/公共圏とケアの危機」似田貝香門・矢澤澄子・吉原直  
樹編著『越境する都市とガバナンス』法政大学出版局, 141-168
- 吉村治正 2007 「グループホームにおける介護労働者の感情コントロール」ケアワーク  
研究会編『ケアの商品化・組織化とジェンダー・アイデンティティの変容に関す  
る調査研究』, 50-61

#### キーワード

ケアの危機、介護の社会化、介護保険制度、認知症高齢者グループホーム、地域密着型介護サービス、小規模多機能ケア